



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD.

**“NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES/MADRES DE NEONATOS
HOSPITALIZADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL
MOSCOSO, CUENCA, MAYO-OCTUBRE 2017”**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de licenciado en
Estimulación Temprana en Salud.

AUTOR:

YONDER ANTONIO GUANUCHI MALLA,

C.I: 1900642172

DIRECTORA:

LIC. MARIA ISABEL CLAVIJO TORRES,

C.I: 0301853206.

CUENCA-ECUADOR.

2018.

RESUMEN.

Antecedentes:

La ansiedad se exterioriza como respuesta ante estímulos estresores que ponen alerta al individuo, necesaria para la adaptación de cada individuo, sin embargo, se habla de una ansiedad anormal cuando esta sobrepasa el tiempo y nivel de presentación, originados por cambios inesperados como la hospitalización de su hijo recién nacido en el área de neonatología, durante el periodo de embarazo los padres idealizan un niño sano, la hospitalización es una situación muy fuerte para la familia ya que la idea del niño sano se ha truncado. Toda esta situación adversa a la deseada produce una serie de reacciones que pueden conducir a un estado de ansiedad.

Objetivo: Determinar el nivel de ansiedad en padres/madres de neonatos hospitalizados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, en el periodo mayo-octubre 2017.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo de corte transversal por medio de la aplicación individual de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) a padres de neonatos hospitalizados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso. Los resultados serán analizados con porcentajes, mediante el programa SPSS V23 versión gratuita. Los resultados serán presentados mediante tablas.

Uso de resultados. Los resultados se usarán como información para futuras investigaciones tanto para profesores, estudiantes y personal de salud en general. Este estudio estará disponible en la biblioteca de la Universidad de Cuenca.

Palabras clave: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON - ANSIEDAD – RECIEN NACIDO – RECIEN NACIDO PREMATURO- HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.

ABSTRACT.

Background.

It talks about abnormal anxiety when the time and level of presence has excided, caused by unexpected changes such as the hospitalization of their newborn child in the neonatology area, hospitalization is a very strong situation that not only affects the child, but also the parents and their family since the idea of the healthy child has been destroyed. This adverse situation in contrary to the desired one produces a series of reactions that can lead to an anxiety state, it mostly depends on how each one of them faces it, those who do not have an adequate management of the situation could worsen their condition and it would not only affect the parents, but the child and all health personnel.

Objective. Determine the level of anxiety in parents of neonates hospitalized in neonatology of the Vicente Corral Moscoso Hospital, During May-October 2017 cycle.

Methology. Descriptive prospective cross-sectional study by the individual application of the Hamilton Anxiety Scale (HARS) to parents of neonates hospitalized in neonatology of the Vicente Corral Moscoso hospital. The results will be analyzed with percentages, through the SPSS program, free version 23. The results will be presented by tables.

Use of results. The results will be used as information for future research for teachers, students and health personnel in general. This study will be available in the library of the University of Cuenca.

Keywords: HAMILTON ANXIETY RATING SCALE - ANXIETY - NEWBORN - PREMATURE- HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO.

ÍNDICE

Contenido	
CAPÍTULO I	10
1.1. INTRODUCCIÓN.	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.3. JUSTIFICACIÓN:	12
CAPITULO II	14
2.1. Ansiedad.	14
2.2. Causas de hospitalización del neonato.	15
2.3. Hospitalización, niño y familia.	17
2.4. Recién nacido prematuro.	18
2.5. Escala de ansiedad de Hamilton.	20
2.6. Hospital Vicente Corral Moscoso.	21
CAPITULO III	24
3.1. OBJETIVOS.	24
3.2. OBJETIVO GENERAL.	24
3.3. OBJETIVO ESPECÍFICO.	24
CAPITULO IV	25
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.	25
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO.	25
4.1.2. ÁREA DE ESTUDIO.	25
4.1.3. UNIVERSO Y MUESTRA.	25
4.1.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.	26
4.1.5. VARIABLES. -	26
4.1.6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.	26
4.1.7. PROCEDIMIENTO.	27
4.1.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS.	27
4.1.9. ASPECTOS ÉTICOS.	27
CAPITULO V	28
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.	28
Tabla 1	28



Tabla 2	29
Tabla 3	30
Tabla 4	31
Tabla 5	32
Tabla 6	33
Tabla 7	34
Tabla 8	35
Tabla 9	36
Tabla 10	37
Tabla 11	38
Tabla 12	39
CAPÍTULO VI	40
6. DISCUSIÓN.....	40
CAPITULO VII	43
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
7.1. CONCLUSIONES.	43
7.2. RECOMENDACIONES.....	44
CAPITULO VIII	45
8. BIBLIOGRAFÍA.....	45
8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
CAPITULO IX	49
9. ANEXOS.	49
Anexo 1	49
Anexo 2	51
Anexo 3	53
Anexo 4	54

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Yonder Antonio Guanuchi malla en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación “NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES/MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MAYO-OCTUBRE 2017”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 3 de abril de 2018



Yonder Antonio Guanuchi Malla.

C.I: 1900642172

Cláusula de Propiedad Intelectual

Yonder Antonio Guanuchi Malla, autor/a del proyecto de investigación “NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES/MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MAYO-OCTUBRE 2017”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 3 de abril de 2018



Yonder Antonio Guanuchi Malla.

C.I: 1900642172

DEDICATORIA.

A mi madre Rosa Balbina Paqui González, quien me dio la vida y desde el cielo guía mi camino.

Dedico este trabajo a mi padre Ángel Guanuchi, mi madre Rosa Elena Morocho, quien con su gran esfuerzo me han permitido alcanzar grandes metas, por ayudarme a llegar a este momento tan importante en mi carrera profesional.

A mis hermanos quienes han estado junto a mí guiándome en el camino y dándome su atención y brindándome los mejores momentos de la vida.

A mi familia en especial a mi tía y madre Margarita, quien me enseñó a dar mis primeros pasos de la vida.

Yonder Antonio Guanuchi Malla.

AGRADECIMIENTO.

Al personal docente de la carrera de Estimulación Temprana en Salud de la Universidad de Cuenca por la formación académica brindada.

A mi directora de tesis, Lic. María Isabel Clavijo que me ayudo a realizar este proyecto.

Al personal del área de neonatología por darme la confianza de realizar esta investigación.

Al los padres/madres del área de neonatología, por permitirme esta investigación y gracias a ellos, hacerme crecer no solo como profesional si no también como persona de valores.

Gracias a Dios por las bendiciones brindadas.

Yonder Antonio Guanuchi Malla.

CAPÍTULO I.

1.1. INTRODUCCIÓN.

Antecedentes.

Un neonato o recién nacido (RN) hasta los 28 primeros días de vida, al iniciar la vida extrauterina puede ser necesario la asistencia hospitalaria por diferentes causas como: prematuridad, bajo peso al nacer, infecciones, asfixias y traumas de parto, dificultad respiratoria, taquipnea transitoria, ventilación mecánica, hipoglucemia, etc., todas estas causas de hospitalización corresponden a la morbi-mortalidad del neonato, de la cual el 46% de las muertes de menores de 5 años corresponden a recién nacidos o neonatos, de estas el 75% corresponde a la primera semana de vida, siendo un periodo muy crítico que deberán enfrentar el neonato, los profesionales médicos y los padres(1),(2),(3).

Todos estos acontecimientos se presentan de manera inesperada con un resultado angustioso y estresante para los padres alterando el vínculo paterno-filial, cuya capacidad de adaptarse a la situación de cada padre de familia será de gran impacto para el desarrollo posterior del neonato(2). En consecuencia, se acumulan una variedad de elementos estresores, como: nacimiento, que implica un cambio en la dinámica familiar, adicionar la hospitalización por cualquier motivo antes mencionado se convertirá en una experiencia dolorosa para los padres ya que es una situación no esperada durante el embarazo.

En el estudio “PROGRAMA PARA PREVENIR Y CONTROLAR EL ESTRÉS EN LOS PADRES DE RECIÉN NACIDOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL “ENRIQUE GARCÉS” 2009-2010” su autora, Ana Criollo encontró que las principales causas de estrés en los padres son las siguientes: la atención del personal de enfermería, el diagnóstico, no contar con suficiente leche para alimentar al

neonato, procedimientos médicos, entre otros. Parcialmente los padres son quienes afrontan esta situación, quienes llevan una carga de preocupaciones no solo del niño, también preocupaciones del estado de la salud de la madre. *“El padre reconoce que la UCIN es el primer hogar para el recién nacido pretérmino extremo, ya que es el primer lugar al que él llega y es necesario por su condición de salud”*(4,5).

En nuestro medio, las principales causas de morbi-mortalidad neonatal según Ortiz Palacios y Vega et al. En su investigaciones “perfil epidemiológico de los pacientes ingresados en el servicio de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2011-2015” y “morbilidad y mortalidad materno-neonatal y calidad de atención en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2010-2011”, encontraron los siguientes resultados: Hiperbilirrubinemia, trastornos respiratorios, patologías como la sepsis(6). Las variables relacionadas a la mortalidad neonatal fueron: peso y baja talla al nacer, prematuridad, días de hospitalización, APGAR bajo, síndrome de distrés respiratorio, anemia, sepsis, hiperglicemia, anomalías congénitas, hemorragia pulmonar, malformaciones cardíacas y síndromes convulsivos(7).

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En cualquier momento de nuestra vida estamos expuestos a factores que pueden o no causar cambios emocionales y estos podrían llegar a causar alteraciones en la salud mental y física, uno de estos factores puede ser al momento de recibir la noticia de que serán padres, sin duda alguna es motivo de una gran felicidad, sin embargo, también se presentan emociones preocupantes por la nueva situación de tener un hijo en camino, al presentarse situaciones inesperadas agrava más la situación debido a las perspectivas que tenían de su hijo por nacer, se ven frustradas por la necesidad de hospitalización(8).

Cuando un recién nacido se hospitaliza por razones adversas de salud, pueden necesitar de días, semanas e incluso meses dependiendo de su gravedad, todo esto conlleva a la disfunción del desarrollo de su paternidad.

En un estudio puso en conocimiento las definiciones según los padres a la estancia hospitalaria: a) la unidad neonatal como un espacio de sufrimiento y espera; b) afrontando el internamiento del hijo; c) siendo excluido del cuidado del hijo hospitalizado; d) descubriéndose sin competencias para el cuidado del hijo, por lo tanto, la UCIN es un área necesaria para el neonato, pero también causante de estrés y ansiedad para los padres.

Aunque en la actualidad la morbi-mortalidad se ha reducido progresivamente, correspondiendo cerca del 60% en muertes de menores de un año, en nuestro país según el INEC, las principales causas de morbi-mortalidad neonatal fueron(9,10):

- Trastornos relacionados con duración corta de la gestación y bajo peso al nacer 12.43%.
- Dificultad respiratoria 9.63%.
- Malformaciones congénitas 0.58%.

Además, agregando los protocolos del establecimiento, que limitan la interacción de los padres con su hijo, por motivos de bioseguridad del neonato, todo esto conlleva múltiples emociones: incapacidad para proteger al niño, ansiedad, depresión, impotencia, pérdida de control, miedo, incertidumbre y preocupación(8),(11). Por esta razón, conocemos la importancia y los efectos que conlleva la hospitalización de un neonato en los padres de familia.

1.3. JUSTIFICACIÓN:

La hospitalización de un recién nacido es la causa de un gran impacto emocional a sus respectivos padres, expuestos a constantes estímulos que le podrían llevar a un estado de ansiedad, como demuestran los diferentes autores: Meneses Canizares (2015) , López- Castillo (2006), López Naranjo (2011), Rojas Carrasco (2013), entre otros. Esto conlleva a una alteración del proceso a nivel familiar y también interfiere en la atención del personal médico al neonato, pudiendo complicar la estancia hospitalaria. La importancia de realizar este estudio en el Hospital Vicente Corral Moscoso



es debido a la ausencia de información sobre la situación actual en esta casa de salud específicamente en el área de Neonatología, gracias a esta investigación podremos conocer la situación e intervenir si es necesario para mejorar la atención no solo del paciente hospitalizado, también de la familia, en especial los padres que están directamente involucrados. Los resultados nos permitirán conocer el nivel de ansiedad durante la hospitalización del neonato y será útil para investigaciones futuras que reconozcan una mejor calidad de atención entre padre-hijo y personal médico.

CAPITULO II.

MARCO TEÓRICO

2.1. Ansiedad.

La ansiedad en si no es patología, en cierto nivel de presentación, es producto de estímulos estresantes, que pueden llevar a la adaptación del individuo, importante para la vida diaria o alterar su estado emocional, impidiendo el correcto desempeño del individuo en su vida cotidiana(12).

Según el DSM 5, los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos y alteraciones conductuales asociadas.

La ansiedad se presenta como una respuesta a situaciones continuas de estrés o como una reacción de alerta en situaciones desagradables y constantes que ponen en un estado de alerta al individuo, es la anticipación temerosa de peligro inminente acompañada de un sentimiento intenso y displacentero o de síntomas físicos en cualquier parte anatómica del cuerpo.

El miedo, implica el presentimiento de que algo grave le va a ocurrir al sujeto. Si bien este estado es normal, ligada a las situaciones que vivimos, que cumple una función adaptativa y prepara al individuo para la ejecución de tareas o alerta frente a posibles amenazas, es decir necesario para afrontar y superar la vida cotidiana.

Por otro lado tenemos la conducta, que se refiere a la acción que un individuo ejecuta, las respuestas dadas por un individuo en relación con su entorno.

Ante estas situaciones el individuo responde mediante reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. La ansiedad normal es menos pronunciada y no implica una reducción de la libertad personal sin embargo esta podría convertirse en patología cuando logra alterar el comportamiento del individuo siendo una amenaza más que una defensa, es desproporcionada con las

situaciones o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible, siendo necesario un estímulo capaz de lograr un desequilibrio en el individuo, manifestándose por síntomas de aprehensión excesiva o una tensión mental cuya intensidad interfiere en las actividades diarias del individuo, la ansiedad anormal implica al menos tres sistemas de respuestas: subjetivo cognitivo; experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos. Fisiológico somático; activación del sistema nervioso autónomo. Motor conductual; escape y evitación(13–17).

Miedo, es un sistema de alarma innato en todos los seres humanos, cuya función es alertar al individuo del peligro o amenaza inminente, activa el cuerpo para reaccionar, evitar o ser cautelosos ante una situación.

Ansiedad, este por lo contrario del miedo es más subjetiva dependerá de la percepción del individuo, de la manera en cómo reaccionará ante ciertos estímulos.

2.2. Causas de hospitalización del neonato.

Actualmente en nuestro país se estima 300.000 nacidos vivos cada año, la mortalidad infantil se ha reducido progresivamente representando el 60% de la morbi-mortalidad de las muertes en menores de 1 año, de estos, alrededor del 70% de esas defunciones de menores de 28 días ocurren durante la primera semana de vida. El recién nacido que tiene menos de 28 días de vida se lo considera neonato(18),(1),(10). El periodo neonatal tiene una alta probabilidad de mortalidad por ser un periodo crítico, por condiciones adversas de la madre como del recién nacido, aumentando la complicidad de la atención hospitalaria y por ende la mortalidad, esto corresponde a partos prematuros, asfixia durante el parto e infecciones, bajo peso al nacer entre otros. Diversos estudios demuestran que estas causas de mortalidad pueden evitarse sin una atención costosa ni tratamientos caros, además corresponde a la interacción de factores biológicos, ambientales, socioeconómicos, culturales y de fallos del sistema de salud o falta de acceso.

Según el nivel de desarrollo de cada país la causa de prematurez esta relacionadas con diferentes factores, así tenemos: países de alto ingreso; madres añosas, uso de drogas de fertilidad. Países desarrollados: partos medicamente inducidos innecesariamente, cesáreas antes de término. Países de bajos ingresos: infecciones de malaria, VIH, altas tasas de embarazos adolescentes(19),(20).

El neonato al no culminar su periodo normal de gestación, necesarios para maduración y correcta función de los órganos vitales, los cambios fisiológicos que implica el paso de la vida intrauterina a la extra uterina, estos cambios son necesarios para la adaptación del RN, sus complicaciones aumentan a menor edad gestacional, ya que, a menor edad gestacional, mayor inmadurez neonatal mayor riesgo de muerte, de esta manera tenemos que: recién nacido extremadamente prematuro mayor tasa de mortalidad (>50%), el recién nacido prematuro tardío (RNPT) tiene una tasa de mortalidad más alta que los recién nacidos a término (RNT). Como se mencionó anteriormente, el periodo neonatal es riesgoso, sin embargo, hay criterios para considerarlos como tal: área de riesgo, peso menor a 2.500 gramos, neonato menor de 37 semanas de gestación (SG), APGAR bajo, RN de madre adolescente, además factores de riesgo exclusivos del neonato pretérmino; pérdida de calor, daño de tejido por exceso de O₂(oxígeno), insuficiencia respiratoria, inmadurez neurológica, sistema inmunológico inmaduro, matriz germinal frágil, (21),(22).

Las causas de morbimortalidad en nuestro medio encontrados en la investigación “MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNO-NEONATAL Y CALIDAD DE ATENCION EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA, CUENCA 2010-2015” realizada por Fernando Correa et al., concluyó como las principales causas las siguientes: hiperbilirrubinemia, trastornos respiratorios, patologías asociadas (sepsis, incompatibilidad Rh), malformaciones congénitas(23). Por otro lado, Ortiz Palacios autor de la investigación “PERFIL EPIDEMIOLOGICO-CLÍNICO DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2011-2015” identificó los factores de riesgo para

morbilidad neonatal y fueron los siguientes: tipo de nacimiento, edad gestacional (EG), talla al nacer, peso al nacer, uso de oxígeno, requerimientos de UCI, sepsis neonatal, síndrome de distrés respiratorio, anomalías congénitas corporales, malformaciones cardíacas y síndromes convulsivos(7).

2.3. Hospitalización, niño y familia.

Durante el embarazo las mujeres presentan niveles de estrés, a razón de los cambios físicos, químicos y hormonales, este nivel se ha visto aumentado cuando el niño nace antes de tiempo (premature), que por esta condición el niño conlleva un sinnúmero de dificultades por superar, para esto es necesario la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), dependiendo del nivel de complejidad del RN deberá realizarse procedimientos altamente invasivos además de formar una barrera entre madre-hijo, todo esto esta relacionado con síntomas de ansiedad y estrés mediante sentimientos de temor y miedo a causa de los eventos que se viven en la UCIN(4,24).

El impacto provocado en los padres es grande a nivel psicológico, alterando su estado afectivo, emocional y comportamental(25). La hospitalización de los neonatos es considerada por los padres como una experiencia demasiada estresante, una de las razones es que ninguno de los padres en esta situación están preparadas además de la interrupción del rol interrumpido entre el vínculo madre-hijo(24). Fernández Castillo en su artículo “ESTRÉS PARENTAL EN LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL” encontró estas principales causas que ocasionan niveles de estrés en los padres: a) observación de los síntomas de la enfermedad, las relaciones con el personal sanitario y las demandas de los hijos enfermos(25). La hospitalización de un recién nacido en la UCIN pese a la tecnología que permite la sobrevivencia del neonato, es un ambiente hostil, y estresante, que impide la rápida recuperación de neonato, afectando al estado emocional de la familia.

2.4. Recién nacido prematuro.

Al recibir un recién nacido, debemos conocer la importancia de las características morfo fisiológicas, ya que al recibir un RN que presente alguna complicación es importante la valoración de la edad gestacional (EG), comprendiendo la valoración de su maduración neurológica, reflejos primitivos y movilidad articular, asociando esta valoración con las características físicas y somato métricas, con el objetivo de identificar algunos factores de riesgo de estos niños(26).

Un embarazo completo según el American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) propone la siguiente clasificación;

- Embarazo término temprano: 37 SG 0-7 días y 38 SG 6-7 días.
- Embarazo a término: 39 SG 0-7 días y 40 SG 6-7 días.
- Embarazo término tardío: 41 SG 0-7 días y 41 6-7 días.
- Embarazo pos término: 42 SG 0-7días o más(27),(28).

Por esta razón podemos dar por entendido que un nacimiento antes de esta EG menor a 37 SG se lo considera prematuro, ya que no ha completado con el periodo normal o necesario de gestación para que todos sus sistemas funcionen de la manera correcta y pueda adaptarse a la nueva vida uterina.

Para la valoración de la EG, a lo largo del tiempo ha tenido varias modificaciones, de tal manera que antes se consideraba prematuro a aquel neonato menor de 36 SG, calculado a partir de la última fecha de menstruación, luego se creyó que la mejor manera de clasificarlos era de acuerdo al peso, de esta forma se consideró a término menores de 2500 gr.

Aunque estas clasificaciones fueron aceptadas por la OMS, no fue hasta que Saint Anne Dargassies, Amiel Tison y Dubowitz et al., y Ballads et al., que consideran seis signos físicos y seis signos neuromusculares en la cual el resultado obtenido se compara con la escala de madurez que estima la EG. Actualmente el método propuesto por Capurro y Cols, en la cual considera somáticas como: 1. Forma del pezón; 2. Textura de la piel; 3. Forma de la

oreja, 4. Tamaño de la oreja; 5. Tamaño de la mama; 6. Los surcos plantares, 7. Signos neurológicos; signo de bufanda y signo cabeza en gota.(26),(29),(30),(31).

Gracias a esta escala de valoración, se ha logrado clasificar a los RN, de tal manera tendremos la siguiente clasificación tomando en cuenta que consideramos “premature” todo recién nacido vivo antes de cumplir las 37 semanas de gestación(32),(33),(34).

Según la edad gestacional;

- Prematuro extremo: menor de 28 SG
- Muy prematuro: 28 a 32 SG
- Prematuro moderado a tardíos: 32 a 37 SG. Moderados 32 SG 6 días y tardíos 34-36 SG 6 días(32),(33).

Según el peso al nacer y la edad gestacional al nacer;

- Bajo peso para la edad gestacional: cuando el peso según la edad gestacional es inferior al percentil 10°
- Peso adecuado para la edad gestacional: cuando el peso según la edad gestacional se encuentra entre el percentil 10-90°.
- Grande para la edad gestacional: cuando el peso correspondiente a la EG, es superior al percentil 90°(26).

De acuerdo al peso al nacer:

- Bajo peso al nacer (PBN): menor de 2500 gr hasta 1500 gr.
- Muy bajo peso al nacer (MBPN) menos de 1500 gr hasta los 1000 gr.
- Extremadamente bajo peso al nacer (EBPN): menos de 999 gr.

Dependiendo de la ubicación en la curva de crecimiento:

- Pequeño para la edad gestacional (PEG): c es inferior al percentil 10°.

- Adecuado para su edad gestacional (AEG): cuando se ubica entre el percentil 10-90°.
- Grande para su edad gestacional (GEG): cuando se ubica por encima de la línea superior más del percentil 90°(31).

2.5. Escala de ansiedad de Hamilton.

La escala de ansiedad de Hamilton consta de un total de 14 ítems, considera aspectos físicos, psíquicos y conductuales de la ansiedad. Los ítems no valoran un trastorno de ansiedad específica, estos son manifestaciones inespecíficas de ansiedad.

Población diana: población general, es una escala hetero administrada. El evaluador puntuara entre 0-4 cada ítem, considerando gravedad, tiempo e incapacidad del mismo. Consta de 14 ítems, que corresponden a ansiedad psíquica (ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)(35,36). Cada ítem es un síntoma de un estado de ansiedad, así tenemos: 1. Estado de ánimo ansioso; 2. Tensión; 3. Temores; 4. Insomnio; 5. Intelectual (cognitivo); 6. Estado de ánimo deprimido; 7. Síntomas somáticos generales (musculares); 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales); 9. Síntomas cardiovasculares; 10. Síntomas respiratorios; 11. Síntomas gastrointestinales; 12. Síntomas genitourinarios; 13. Síntomas autónomos; 14. Comportamiento en la entrevista.

Se procederá de la siguiente manera

- 1) Identificar de entre los ítems el más problemático en los últimos días, y que se deba ciertamente de ansiedad.
- 2) Establecer para los síntomas de acuerdo a: gravedad, frecuencia de presentación y la incapacidad o disfunción que produce.
 - a. Gravedad: 1, leve, poca importancia; 2 moderada y alteraciones; 3 alteraciones graves; 4 el peor síntoma que haya padecido nunca.
 - b. Tiempo/frecuencia: 1 poca frecuencia y corto tiempo; 2 ocurre parte del día o menos de la mitad de los días, 3 ocurre gran parte

del día, durante la mayoría de los días; 4 ocurre casi todo el tiempo.

- c. Incapacidad/disfunción: 1 conciencia de los síntomas, sin interferir en las actividades cotidianas; 2 los síntomas interfieren en alguna actividad o empeoran; 3 los síntomas causan incapacidad para llevar a cabo actividades sociales, familiares o laborales; 4 los síntomas causan incapacidad para realizar actividades en dos o más áreas antes mencionadas.

Interpretación

Se suma la puntuación obtenida en cada ítem evaluado.

Los puntos de corte recomendados son:

0-5: no ansiedad

6-14: ansiedad leve

15 o más: ansiedad moderada a grave(37).

2.6. Hospital Vicente Corral Moscoso.

Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y la equidad social.

Visión

Ser reconocido por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de las salud

pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

Aspectos generales del Hospital Vicente Corral Moscoso.

El Hospital Vicente Corral Moscoso, administrado por la Zonal de Salud 6 y el Ministerio de Salud Pública, sin claudicar los principios, políticas, filosofía de las directrices emanadas por la constitución, Plan Nacional del Buen Vivir, Agenda Sectorial y normas del Ministerio de Salud Pública; se encuentra encaminado a desarrollar una excelencia organizacional, operacional, con una dimensión financiera acorde a la realidad que vive el país, logrando una satisfacción de nuestros pacientes y en acatamiento de la constitución ecuatoriana sobre la calidad y calidez de los servicios de salud.

Consciente de que el Plan Estratégico del Hospital Vicente Corral Mosco es la carta de presentación de la oferta de servicios, así también de referencia indispensable para lograr una gestión de excelencia, este plan debe estar orientado a la validez del proceso de enseñanza-aprendizaje, de proponer elaborar un sistema integrado de decisiones que permita ofertar en función de nuestro perfil y las necesidades de la población un servicio excelente.

Reseña histórica

El Hospital “Vicente Corral Moscoso” fue inaugurado el 12 de abril de 1977, mediante acuerdo ministerial 1292 lleva el nombre del ilustre galeno Dr. Vicente Corral Moscoso prestigioso médico cirujano cuencano.

Está ubicado en el sureste de la ciudad, en la Av. De los Arupos y Av. 12 de abril, en el barrio El Vergel.

El Hospital “Vicente Corral Moscoso”, es una unidad hospitalaria de mayor complejidad técnica y capacidad resolutoria de la red de servicios del MSP en el sur del país abarca una gran demanda poblacional,

atendiendo referencias de las unidades de salud del MSP de la zona 6 y 7 y las derivaciones de las Unidades de la Red Pública Integral de Salud, especialmente del Hospital José Carrasco Arteaga del IESS, Hospital Militar de Cuenca y de la Red Complementaria Privada que no tiene la suficiente capacidad resolutive, aspecto que satura todos los servicios y provoca lentitud en la atención y represamiento de atenciones.

Se labora de manera interrumpida en consulta externa de lunes a viernes de 8:00 a 17:00, hospitalización y emergencia de lunes a domingo las 24 horas del día, al igual que farmacia, laboratorio, imagenología y banco de sangre.

Características

El Hospital “Vicente Corral Moscoso”, es una casa de salud de II nivel de atención de Cuarto nivel de complejidad, es el único sanatorio público de este nivel de la ciudad de Cuenca y único a nivel zonal en ofrecer atención en ciertas especialidades.

Este Hospital cuenta con 253 camas censables, las que se consideran las camas de pediatría, clínica, cirugía, ginecología, observación, unidades de Cuidado Intensivo Adultos y Pediátricos y neonatología.

Este establecimiento es de alta complejidad con infraestructura adecuada, con un equipamiento de alta tecnología y talento humano con especialidades y sub especialidades clínicas y/o quirúrgicas. Cuenta con los servicios de consulta externa, emergencia e internación en una determinada especialidad y subespecialidad clínica y/o quirúrgico, dispone de unidades de cuidado de enfermería. Además puede contar con un centro quirúrgico y terapia intensiva, con unidades de neonatología, banco de leche y de sangre, cuidados paliativos, así como servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de alta resolución.

CAPITULO III

3.1. OBJETIVOS.

3.2. OBJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de ansiedad de los padres de neonatos hospitalizados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo Mayo-Octubre 2017.

3.3. OBJETIVO ESPECÍFICO.

1. Caracterizar la población de estudio por edad, estado civil y género.
2. Determinar el nivel de ansiedad con la aplicación del Test “Escala de ansiedad de Hamilton”
3. Correlacionar el nivel de ansiedad de los padres/madres con; edad, estado civil, estancia hospitalaria, enfermedad del niño y edad gestacional.

CAPITULO IV

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal, que nos permitió determinar el nivel de ansiedad en los padres de neonatos hospitalizados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Se utilizó para este estudio la ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON, que evalúa el nivel de ansiedad y la presencia de ansiedad psíquica o ansiedad somática. Se realizó a todos los padres con neonatos hospitalizados en neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.1.2. ÁREA DE ESTUDIO.

La investigación se realizó en el Hospital Vicente Corral Moscos, área de neonatología, ubicado en la Av. Los Arupos y Av. 12 de Abril en el cantón Cuenca de la provincia del Azuay.

4.1.3. UNIVERSO Y MUESTRA.

Universo

Conformó todos los padres con hijos hospitalizados en el área de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca durante el periodo agosto-octubre del 2017.

Muestra.

Muestra propositiva, padres y madres en el área de neonatología.

Unidad de observación y análisis

Padres y madres con recién nacidos hospitalizados en neonatología.

4.1.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

4.1.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Padres/Madres de los pacientes ingresados en el área de neonatología y hayan firmado el consentimiento informado.
- Padres/madres menores de edad que hayan firmado el asentimiento informado y consentimiento informado firmado de sus representantes.

4.1.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Padres con discapacidad.
- Cuidadores secundarios.
- Padres que se hayan negado a participar en la investigación.

4.1.5. VARIABLES. -

- Ansiedad
- Edad
- Estado civil
- Estancia hospitalaria
- Prematurez
- Enfermedad
- Género

4.1.5.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

(Anexo 1)

4.1.6. MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Se obtuvo la autorización del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Vicente Corral Moscoso.

La recolección de las respectivas firmas de aquellos padres que estén de acuerdo en participar en la investigación en la hoja de consentimiento informado y asentimiento informado en caso de los padres menores de edad. (Anexo 2)

Después de informar el procedimiento a realizarse, se procede a la recolección de datos generales. (Anexo 3)

Después, se procedió con la entrevista usando la “ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON” que consta de 14 ítems. (Anexo 4)

4.1.7. PROCEDIMIENTO.

Los padres con recién nacidos hospitalizados en el área de neonatología en el periodo agosto-octubre del 2017, fueron entrevistados en las horas de visitas de 14:00 a 16:00 y en la hora de entrega de información 10:00 am. La muestra fue de todos los padres que asisten en los horarios de visita entrega de información.

Se recolectó la información brindada por los 60 padres/madres, para el posterior análisis. La recolección de datos se realizó en el siguiente orden: 1. Informar sobre la investigación a realizarse. 2. Firma de consentimiento y/o asentimiento informado. 3. Recolección de datos personales, 4. Aplicación de escala de ansiedad de Hamilton.

Los resultados obtenidos permitirán conocer el nivel de ansiedad de los padres de familia del área de neonatología.

4.1.8. TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

Para la tabulación de datos y resultados se utilizó el programa SPSS V23 versión gratuita y Microsoft Excel para la elaboración de cuadros estadísticos con porcentajes a todos los datos que aporte la investigación.

4.1.9. ASPECTOS ÉTICOS.

Los datos obtenidos son totalmente confidenciales y los resultados serán usados para fines únicamente investigativos.

CAPITULO V

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Tabla 1

Nivel de ansiedad en padres/madres en el área de neonatología del Hospital
“Vicente Corral Moscoso”.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	
	Porcentaje %
ANSIEDAD MAYOR	46,7
ANSIEDAD MENOR	19,9
SIN ANSIEDAD	33,4
Total	100,0

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: del 100% de padres/madres encuestados 46.7% puntuaron en la escala de ansiedad de Hamilton un nivel de ansiedad mayor y 19,9% padres/madres puntuaron ansiedad menor.

Tabla 2

Distribución de padres/madres encuestados según la etapa de desarrollo en el área de neonatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

EDAD		
		Porcentaje %
ADOLESCENTE	(13-18 AÑOS)	15,0
JÓVENES	(19-24 AÑOS)	20,0
ADULTOS JÓVENES	(25-39 AÑOS)	55,0
ADULTO	(40-49 AÑOS)	8,3
ADULTO MAYOR	(50-64 AÑOS)	1,7
Total		100,0

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: Según el grupo de edad correspondiente a la etapa de desarrollo, “ADULTOS JOVENES” entre 25-39 años de edad representando el 55,0%, siendo la mayor población encuestada y “ADULTO MAYOR” entre 50-64 años que representa el 1,7% del total de la población encuestada.

Tabla 3

Distribución de padres/madres encuestados según su estado civil en el área de neonatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

ESTADO CIVIL	
	Porcentaje %
SOLTERO	16,7
CASADO	30,0
DIVORCIADO	5,0
UNIÓN LIBRE	48,3
Total	100,0

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: según su estado civil, se encontró el 48,3% correspondiente al grupo de estado civil “UNIÓN LIBRE”, y 5% que corresponde al estado civil “VIUDO”

Tabla 4

Distribución de padres/madres según de género en el área de neonatología del hospital “Vicente Corral Moscoso”.

GENERO	
	Porcentaje %
MASCULINO	28,3
FEMININO	71,7
Total	100,0

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: según su género, contando con, 43 (71%) del género “FEMENINO” y con 17 (28,3%) del género “MASCULINO”.

Tabla 5

Nivel de ansiedad en padres/madres en el área de neonatología del Hospital
“Vicente Corral Moscoso”.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

	Porcentaje %
SIN ANSIEDAD	33,4
ANSIEDAD MAYOR Y MENOR	66,6
Total	100,0

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: El 66,6% puntuaron para los niveles de ansiedad mayor 46,7% y ansiedad menor 19,9%; 33,4% puntuaron sin ansiedad.

Tabla 6

Correlación de padres/madres según el género y nivel de ansiedad en el área de neonatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

GÉNERO Y ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON									
		ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON						Total	%
		ANSIEDAD MAYOR	%	ANSIEDAD MENOR	%	SIN ANSIEDAD	%		
GÉNERO	MASCULINO	4	6,7	2	3,3	11	18,3	17	28,3
	FEMININO	24	40	10	16,6	9	15,1	43	71,7
Total		28	46,7	12	19,9	20	33,4	60	100

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: El 40% del género femenino y 6,7% del género masculino con ansiedad mayor; 15,1% del género femenino y 18,3 % del género masculino SIN ANSIEDAD. Por lo tanto se observa una dependencia de la variable ansiedad mayor con género femenino, existiendo una significancia de $p < 0,05$.

Tabla 7

Correlación del nivel de ansiedad de los padres/madres con la etapa de desarrollo de los padres/madres en el área de neonatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

EDAD	ESCALA HAMILTON							
	NO ANSIEDAD	%	ANSIEDAD MENOR	%	ANSIEDAD MAYOR	%	Total	%
ADOLESCENTE	1	1,7	5	8,3	3	5,0	9	15,00
JOVENES	4	6,7	2	3,3	6	10,0	12	20,00
ADULTOS JOVENES	11	18,3	5	8,3	17	28,3	33	54,9
ADULTO	4	6,7	0	0,00	1	1,7	5	8,4
ADULTO MAYOR	0	0,0	0	0,00	1	1,7	1	1,7
Total	20	33,4	12	19,9	28	46,7	60	100

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: se observa: 28,3% de padres/madres adultos jóvenes presentan ansiedad mayor y los adolescentes solo representan el 5%. El resultado no es significativo $P > 0,05(0,077)$.

Tabla 8

Correlación del nivel de ansiedad de los padres/madres con el estado civil de los padres/madres en el área de neonatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON								
ESTADO CIVIL	SIN ANSIEDAD	%	ANSIEDAD MENOR	%	ANSIEDAD MAYOR	%	Total	%
SOLTERO	1	1,7	4	6,7	5	8,3	10	16,7
CASADO	7	11,7	2	3,3	9	15,0	18	30,0
DIVORCIADO	2	3,3	0	0,0	1	1,7	3	5,0
UNIÓN LIBRE	10	16,7	6	9,9	13	21,7	29	48,3
Total	20	33,4	12	19,9	28	46,7	60	100,0

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: el estado civil unión libre representado por el 21,7% y 1,7% del estado civil divorciado con ansiedad mayor. El resultado no es significativo $P > 0,05$ (0.387).

Tabla 9

Correlación del nivel de ansiedad de los padres/madres con la estancia hospitalaria en el área de neonatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON								
SEMANAS DE HOSPITALIZACIÓN	NO ANSIEDAD	%	ANSIEDAD MENOR	%	ANSIEDAD MAYOR	%	Total	%
< 2 semanas	17	28,4	6	9,9	16	26,7	39	65
3-4 semanas	3	5,0	3	5,0	4	6,7	10	16,7
5-6 semanas	0	0,0	3	5,0	3	5,0	6	10,0
7-8 semanas	0	0,0	0	0,0	3	5,0	3	5,0
>9 semanas	0	0,0	0	0,0	2	3,3	2	3,3
Total	20	33,4	12	19,9	28	46,7	60	100

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: base de datos.

Interpretación: Se observa que los padres/madres con ansiedad mayor, 26,7% presentan en las primeras dos semanas de hospitalización; los padres/madres con ansiedad menor 10% presentan dentro de las dos primeras semanas. El resultado no es significativo $P > 0,5$ (0.113)

Tabla 10

Correlación del nivel de ansiedad de los padres/madres con el estado de hospitalización en el área de neonatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

ESTADO DE HOSPITALIZACION	ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON							
	NO ANSIEDAD	%	ANSIEDAD MENOR	%	ANSIEDAD MAYOR	%	Total	%
ALTA	4	6,7	5	8,3	5	8,3	14	23,3
HOSPITALIZACION	16	26,7	7	11,6	23	38,4	46	76,7
Total	20	33,4	12	19,9	28	46,7	60	100

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: durante la hospitalización del 76,7% de padres/madres, el 38,4% presentan ansiedad mayor y 11,6% ansiedad menor. El resultado no es significativo $P > 0,5$ (0.241).

Tabla 11

Correlación del nivel de ansiedad de los padres/madres con la enfermedad del neonato en el área de neonatología del Hospital “Vicente Corral Moscoso”.

DIAGNÓSTICO	ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON							
	NO ANSIEDAD	%	ANSIEDAD MENOR	%	ANSIEDAD MAYOR	%	Total	%
SEPSIS TARDÍA	0	0,00	0	0,00	1	1,7	1	1,7
BRONCONEUMONÍA	1	1,7	1	1,7	0	0,0	2	3,4
SÍNDROME DE ASPIRACIÓN DE MECONIO	0	0,0	0	0,00	1	1,7	1	1,7
MEMBRANA HIALINA	1	1,7	2	3,2	9	15,1	12	20,0
SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO	7	11,6	7	11,6	7	11,6	21	34,8
ATRESIA DUODENAL	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7
RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRA UTERINO	2	3,3	1	1,7	2	3,2	5	8,3
HIPERBILIRRUBINEMIA	1	1,7	0	0,0	3	4,9	4	6,6
TAQUIPNEA TRANSITORIA	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7
NEUMOTÓRAX	1	1,7	0	0,0	1	1,7	2	3,4
HIPOGLICEMIA	7	11,7	0	0,0	1	1,7	8	13,3
SÍNDROME CONVULSIVO	0	0,0	0	0,0	1	1,7	1	1,7
APNEA	0	0,0	1	1,7	0	0,0	1	1,7
Total	20	33,4	12	19,9	28	46,7	60	100,0

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: Se observa ansiedad mayor padres/madres con neonatos diagnosticados de membrana hialina 15,1% ; ansiedad menor: en padres/madres con neonatos con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio 11,6%. El resultado no es significativo $P > 0,5$ (0.136).

Tabla 12

Correlación del nivel de ansiedad de los padres/madres con la edad gestacional del neonato en el área de neonatología.

EDAD GESTACIONAL	ESCALA HAMILTON							
	NO ANSIEDAD	%	ANSIEDAD MENOR	%	ANSIEDAD MAYOR	%	Total	%
PREMATURO EXTREMO	2	3,3	0	0,0	4	6,7	6	10,0
MUY PREMATURO	1	1,7	3	5,0	6	10,0	10	16,7
PREMATURO MODERADO A TARDIO	6	10,0	4	6,6	6	10,0	16	26,6
RECIÉN NACIDO A TÉRMINO	11	18,4	5	8,3	12	20,0	28	46,7
Total	20	33,4	12	19,9	28	46,7	60	100,0

AUTOR: Antonio Guanuchi.

FUENTE: Base de datos.

Interpretación: observamos que los padres con recién nacido a término el 20% y el 6,7% de padres con un prematuro extremo presentó ansiedad mayor. El resultado no es significativo $P > 0,5$ (0.512).

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN.

La hospitalización de un familiar es una situación impredecible en muchos casos y causante de un gran impacto para los familiares, principalmente en los padres o cuidadores directos, es de esperarse que los padres sufran alteración en su estado de ánimo, esta podría agravarse al presenciar una situación crítica, como podría ser la hospitalización de su recién nacido. Conociendo los efectos en mi estudio determinaremos el nivel de ansiedad de los padres/madres a través de la entrevista a los padres con la “Escala de Ansiedad de Hamilton”.

En los estudios de Lopera - Holguín y Acosta - Bravo; “La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido Pretérmino extremo” y “Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental”, concluyen que la hospitalización del recién nacido pretérmino significa para el padre un cambio en su vida, donde el eje central son su hijo y su pareja, esto reflejada en la dura experiencia, causando niveles de estrés y ansiedad elevados durante la hospitalización(4,11). Relacionándose con mi estudio en el que el nivel de ansiedad representa un 66,7% (46,7% ansiedad mayor; 20% – ansiedad menor).

En cuanto a la edad, en el artículo “Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia” encontró que el 19,3% de la población entre 18 y 65 años de edad reportan haber tenido en la vida un trastorno de ansiedad (37). Este se relaciona con mi estudio en el cual el 28,3% de padres/madres de 25 - 39 años presentan una ansiedad mayor, siendo el más representativo de entre los grupos de estudio

En cuanto a la relación de ansiedad de acuerdo al estado civil, en la investigación “Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia” realizada por Posada Villa et al., encontró una distribución homogénea con los distintos tipos de ansiedad(38). A diferencia de mi estudio en la cual de 28 padres/madres con ansiedad grave, el 21,7% pertenecían al grupo unión libre.

En relación a la estancia hospitalaria en mi estudio se encontró que el 57,4% presentan ansiedad mayor en las primeras dos semanas de hospitalización; relacionando con el estudio realizado por Meneses Cañizares en la cual encontró que en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) el 48,2% de los padres presentaron niveles de ansiedad mayor(39). En ambos estudios se encontró que puntúan niveles altos de ansiedad dentro de las dos primeras semanas de hospitalización.

Del total de la población valorada a 60 padres/madres, se encontró 28,3% del género masculino y 71,7% del género femenino, similar al estudio realizado por Meneses Cañizares en su “Estudio comparativo para evaluar los niveles de ansiedad entre los cuidadores primarios y/o padres de niños hospitalizados durante la primera semana en la unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatal, del Hospital de los Valles en el año 2014” en la cual se encontró: 78,2% del género femenino y 21,8% del género masculino. Relacionando estos estudios, podemos darnos cuenta la presencia del género femenino en un mayor porcentaje con respecto al masculino(39).

En cuanto al género relacionado con la ansiedad, en mi estudio encontramos que el 46,7% presentó ansiedad grave, siendo en el género femenino con mayor presencia de ansiedad, comparando con el estudio de Latorre y Lahoz en su estudio “Hospitalización en Pediatría: ansiedad de los padres y apoyo recibido del personal sanitario” concluyó lo siguiente: *“La hospitalización de un hijo es una situación que incrementa notablemente la ansiedad de los familiares, especialmente de las madres.”*(40). En mi estudio se encontró 40%



del género femenino y 6,7% del género masculino con ansiedad mayor, coincidiendo con los resultados del estudio de Latorre y Lahoz.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1. CONCLUSIONES.

Luego del análisis de la aplicación de la escala de ansiedad de Hamilton se concluye que:

- Se determinó la presencia de ansiedad en los padres de familia, así tenemos que: se demuestra que el 46,7% de la población encuestada presenta un nivel de ansiedad mayor, seguida por 19,9% presentando ansiedad menor y 33,4% de la población no presenta ansiedad.
- Con respecto al grupo de edad, está conformada por 55 % de adultos jóvenes de estos el 28,4% presento ansiedad mayor, siendo el más significativo entre los grupos. Debo recalcar la presencia en este estudio de los adolescentes un 15% y jóvenes 20% que son cifras muy significativas.
- En el grupo estado civil se encontró que el 48,3% representan al estado civil unión libre siendo el grupo predominante, en cuanto a la ansiedad y estado civil el 21,7% con ansiedad mayor pertenecía al grupo antes mencionado.
- De acuerdo al género se evidenció la presencia de 28,3% al género masculino y 71,7 % al género femenino, considerando esta diferencia se explica ya que las madres son quienes pasan al cuidado de sus hijos, siendo las madres las primeras en recibir noticias de ellos.
- En mi estudio en cuanto al estancia hospitalaria encontramos que:
<2 semanas de hospitalización 36,7 % ansiedad y 28,3 % no ansiedad;
3-4 semanas de hospitalización 11,7% ansiedad y 5% no ansiedad; 5-6 semanas de hospitalización 10% ansiedad y 0% no ansiedad; 7-8 semanas de hospitalización 5% ansiedad y 0% no ansiedad; >9 semanas de hospitalización 3,3% ansiedad.

Al momento del alta médica el 16,6% presento ansiedad y 50% durante la hospitalización.

- Se observa ansiedad mayor, en padres/madres con neonatos diagnosticados de membrana hialina 15,1%; ansiedad menor, en padres/madres con neonatos con diagnóstico de síndrome de distrés respiratorio 11,6%.
- En cuanto a la edad gestacional concluimos que el 20% de padres con niños recién nacido a término presentó ansiedad mayor y 8,3% ansiedad menor.

7.2. RECOMENDACIONES.

- Disponer de personal de Estimulación Temprana en Salud en el área de Neonatología de la Instituciones Públicas y Privadas para brindar apoyo y guiar el manejo del neonato.
- Capacitar a los padres y madres en cuánto al cuidado, manejo y desarrollo del neonato.
- Contar con un psicólogo y/o Orientador Familiar para atender a los padres y madres usuarios del área.
- Ampliar el horario de visitas a los padres a un tiempo mínimo de 30 minutos en el área de neonatología.
- Investigar las causas específicas de ansiedad en los padres de familia del área de neonatología.

CAPITULO VIII

8. BIBLIOGRAFÍA.

8.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. OMS | Lactante, recién nacido [Internet]. WHO. [citado el 8 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
2. Fernández IO, Maresca IP, Rincón IG-V, Martínez AMM, Sales AC. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace. 2014;(109):45–52.
3. Martínez-Nadal S, Demestre X, Raspall F, Álvarez JA, Elizari MJ, Vila C, et al. Morbilidad neonatal en los recién nacidos a término precoz. An Pediatría. el 1 de julio de 2014;81(1):39–44.
4. Lopera EMC, Holguín YAR. La experiencia del padre durante la hospitalización de su hijo recién nacido Pretérmino extremo. Aquichan. el 23 de octubre de 2014;14(3):336–50.
5. Programa Para Prevenir Y Controlar El Estrés En Los Padres De Los | 123dok [Internet]. [citado el 25 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://text-mx.123dok.com/document/6qm5gwz8-programa-para-prevenir-y-controlar-el-estres-en-los-padres-de-los-recien-nacidos-hospitalizados-en-el-servicio-de-neonatologia-del-hospital-enriquez-garces-2009-2010.html>
6. Vega C, Fernando J, Paguay E, Vinicio P, Quesada E, Adrián V. Morbilidad y mortalidad materno-neonatal y calidad de atención en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2010-2011. 2011 [citado el 23 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3514>
7. Ortiz Palacios PE. Perfil epidemiológico-clínico de los pacientes ingresados en el servicio de neonatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2011-2015. 2017 [citado el 23 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26980>
8. Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Scochi CGS, Gallegos-Martínez J, Reyes-Hernández J, Scochi CGS. The hospitalized preterm newborn: The significance of parents' participation in the Neonatal Unit. Rev Lat Am Enfermagem. diciembre de 2013;21(6):1360–6.
9. Anuario de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 2013 [Internet]. [citado el 23 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2013.pdf

10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Recién nacido prematuro. Guía de Práctica Clínica (GPC) 2015 [Internet]. Dirección Nacional de Normatización-MSP. Quito-Ecuador: El Telégrafo EP; 2015 [citado el 16 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
11. Acosta MF, Bravo NC. Percepción de padres de hijos prematuros frente a la hospitalización en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: un estudio de revisión documental. Rev UNIMAR [Internet]. el 11 de febrero de 2017 [citado el 4 de diciembre de 2017];34(1). Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/view/1144>
12. García RF. Manual de prevención de riesgos laborales para no iniciados. Editorial Club Universitario; 2012. 376 p.
13. Picazo G, M M. Terapéutica en Atención Primaria: Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. SEMERGEN - Med Fam. :407–10.
14. Orozco WN, Baldares MJV. Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. Rev Médica Costa Rica Centroamérica. 2012;69(604):497–507.
15. American Psychiatric Association. MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-5. 5ta. EDICIÓN.
16. Torres Camacho V, Chávez Mamani AA. Ansiedad. Rev Actual Clínica Investiga. /;1788.
17. Roca i Balasch J. Conducta y Conducta. Acta Comportamentalia Rev Lat Análisis Comport [Internet]. el 10 de diciembre de 2009 [citado el 9 de enero de 2018];15(3). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/14524>
18. OMS | Salud del recién nacido [Internet]. WHO. [citado el 8 de noviembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/es/
19. OMS | Reducción de la mortalidad en la niñez [Internet]. WHO. [citado el 6 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/es/>
20. OMS | Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros [Internet]. WHO. [citado el 6 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/preterm_birth_report/es/index3.html
21. Faria C de S, Martins CB de G, Lima FCA, Gaíva MAM. Morbilidad y mortalidad entre recién nacidos de riesgo: una revisión bibliográfica. Enferm Glob. octubre de 2014;13(36):298–309.
22. Cannizzaro CM, Paladino MA. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. Anest Analg Reanim. 2011;24(2):59–74.



23. Vega C, Fernando J, Paguay E, Vinicio P, Quesada E, Adrián V. Morbilidad y mortalidad materno-neonatal y calidad de atención en el Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca 2010-2011. 2011 [citado el 23 de noviembre de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3514>
24. Escobar DSG, Celis NEB, Reatiga MFS. Determinantes estresores presentes en madres de neonatos pretérmino hospitalizados en las unidades de Cuidados Intensivos. *Rev Cienc Cuid.* 2012;9(1):43–53.
25. Fernández Castillo A, López Naranjo I. Estrés parental en la hospitalización infantil. *Ansiedad Estrés.* 2006;1–17.
26. Gómez MG-, Danglot-Banck C, Aceves-Gómez M. Clasificación de los niños recién nacidos. *Rev Mex Pediatría.* 2012;79(1):32–9.
27. Definición de embarazo a término. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* diciembre de 2013;73(4):285–6.
28. Cifuentes-Borrero R, Hernández-Carrillo M, Toro-Cifuentes AM, Franco-Torres VR, Cubides-Munévar ÁM, Duarte-González IJ. A Propósito De Una Nueva Clasificación Del Embarazo a Término. Resultados Neonatales En Una Clínica De Tercer Nivel De Atención En Cali, Colombia. Un Estudio De Corte Transversal, 2103. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2016;67(4):271–7.
29. Marín Gabriel MA, Martín Moreiras J, Lliteras Fleixas G, Delgado Gallego S, Pallás Alonso CR, de la Cruz Bértolo J, et al. Valoración del test de Ballard en la determinación de la edad gestacional. *An Pediatría.* el 1 de febrero de 2006;64(2):140–5.
30. Validez de la evaluación posnatal de la edad gestacional: estudio comparativo del método de Capurro versus ecografía de las 10+0 a 14+2 semanas [Internet]. [citado el 13 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323444168004>
31. MANUAL AIEPI Para estudiantes. [Internet]. Pan American Healt Organization; 2004 [citado el 13 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/bulletins/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications-8&alias=43-manual-estudiante-3&Itemid=418&lang=es
32. Guías de práctica clínica – Ministerio de Salud Pública [Internet]. [citado el 6 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/guias-de-practica-clinica/>
33. OMS | Nacimientos prematuros [Internet]. WHO. [citado el 13 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
34. OMS | ¿Qué es un niño prematuro? [Internet]. WHO. [citado el 13 de diciembre de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/



35. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med Clínica*. :493–9.
36. HVN. Hospital Universitario Virgen de las Nieves [Internet]. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. [citado el 5 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/autopercepci__n__autoconcepto.php
37. CENTRO DE ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACION PSICONEUROCOGNITIVA. Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS) [Internet]. 2002V [citado el 28 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.aidyne16.tizaypc.com/contenidos/contenidos/4/ENPSFicha4-4.pdf>
38. Posada-Villa J, Buitrago-Bonilla J, Medina-Barreto Y, Rodríguez-Ospina M. Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. NOVA [Internet]. el 31 de diciembre de 2006 [citado el 17 de enero de 2018];4(6). Disponible en: <http://www.unicolmayor.edu.co/publicaciones/index.php/nova/article/view/67>
39. Meneses Canizares XC. Estudio comparativo para evaluar los niveles de ansiedad entre los cuidadores primarios y/o padres de niños hospitalizados durante la primera semana en la unidad de cuidados intensivos pediátrica y neonatal, del Hospital de los Valles en el año 2014. Pontif Univ Católica Ecuad [Internet]. 2015 [citado el 11 de enero de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec:80/xmlui/handle/22000/8859>
40. Latorre DS, Lahoz NR. Hospitalización en Pediatría: ansiedad de los padres y apoyo recibido del personal sanitario. *Metas Enferm*. 2015;18(10):70–5.

CAPITULO IX

9. ANEXOS.

Anexo 1

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Ansiedad	Es una respuesta a una situación o estímulo fisiológica o patológica	Ansiedad patológica Ansiedad normal	Escala de ansiedad de Hamilton	Sin ansiedad 0-5 Ansiedad menor 6-14 Ansiedad mayor >15
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Etapa desarrollo Edad cronológica.	Cédula de identidad.	Adolescente 13-18 años. Jóvenes 19-24 años. Adultos jóvenes 25-39 años Adulto 40-49 años Adulto mayor 50-64 años
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		Cédula de identidad	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
Estancia hospitalaria	Servicio de internamiento del paciente, con autorización del médico tratante.	Semanas de gestación	Registro hospitalario.	<2 semanas 3-4 semanas 5-6 semanas 7-8 semanas >9 semanas
Prematurez	Es un bebé nacido antes de 37 semanas		Función de edad gestacional	Según OMS: prematurados extremos <28

	completas de gestación.	Prematurez		semanas muy prematuros 28 a <32 semanas prematuros moderados a tardíos 32 a <37 semanas
Enfermedad	Alteración del funcionamiento de un organismo o de una de sus partes.	Enfermedad	CIE 10	Revisión de historia clínica.
Género	Conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.		Cédula identidad.	Masculino Femenino

Anexo 2

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, Yonder Antonio Guanuchi Malla con C.I. 1900642172, estudiante de la Universidad de Cuenca, de la Escuela de Tecnología Médica, de la Facultad de Ciencias Médicas, me dirijo a los padres/madres de neonatos hospitalizados en neonatología, para dar a conocer, que realizaré la tesis titulada “NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES/MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MAYO-OCTUBRE 2017”. previa la obtención del título de Licenciado en Estimulación Temprana en Salud.

La información obtenida será totalmente confidencial, sólo los investigadores y la institución tendrán acceso a la misma, se procederán con las medidas necesarias para mantener en confidencia su identidad.

A continuación, explicaré información sobre la investigación y le invito a participar en la mismo, siempre y cuando Ud. así lo decida y del mismo modo le comunico que se encuentra en total libertad de consultar con externos de su confianza sobre este tema antes de su decisión.

Si existe alguna duda o no comprende sobre los parámetro o procedimientos de la investigación, puede acercarse con total confianza a mi persona para aclarar sus dudas o comunicarse al número 0989927453 perteneciente a Yonder Guanuchi responsable de la investigación, que gustosamente aclarará sus dudas.

Se realizará de la siguiente manera.

1. Ud. brindará los siguientes datos: datos personales, motivo de hospitalización de su hijo/a, edad gestacional al nacimiento, tiempo de hospitalización, 5 minutos
2. Responderá una serie de preguntas correspondientes a la Escala de Ansiedad de Hamilton, que durará entre 15-20 minutos.

Luego de haber leído comprendido lo antes mencionado, Yo _____ con C.I. _____ estoy de acuerdo para participar en esta investigación aportando la información que se necesite para cumplir con el objetivo de la investigación.

 Firma

Teléfonos: _____

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD

ASENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, Yonder Antonio Guanuchi Malla con C.I. 1900642172, estudiante de la Universidad de Cuenca, de la Escuela de Tecnología Médica, de la Facultad de Ciencias Médicas, me dirijo a los padres/madres de neonatos hospitalizados en neonatología, para dar a conocer, que realizaré la tesis titulada “NIVEL DE ANSIEDAD EN PADRES/MADRES DE NEONATOS HOSPITALIZADOS EN NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA, MAYO-OCTUBRE 2017”. previa la obtención del título de Licenciado en Estimulación Temprana en Salud.

La información obtenida será totalmente confidencial, solo los investigadores y la institución tendrán acceso a la misma, se procederán con las medidas necesarias para mantener en confidencia su identidad.

A continuación, explicaré información sobre la investigación y le invito a participar en la mismo, siempre y cuando Ud. así lo decida y del mismo modo le comunico que se encuentra en total libertad de consultar con externos de su confianza sobre este tema antes de su decisión.

Si existe alguna duda o no comprende sobre los parámetro o procedimientos de la investigación, puede acercarse con total confianza a mi persona para aclarar sus dudas o comunicarse al número 0989927453 perteneciente a Yonder Guanuchi responsable de la investigación, que gustosamente aclarara sus dudas.

Se realizará de la siguiente manera.

1. Ud. brindará los siguientes datos: datos personales, motivo de hospitalización de su hijo/a, edad gestacional al nacimiento, tiempo de hospitalización, 5 minutos
2. Responderá una serie de preguntas correspondientes a la Escala de Ansiedad de Hamilton, que durará entre 15-20 minutos.

Luego de haber leído comprendido lo antes mencionado, Yo _____ con C.I. _____ estoy de acuerdo que mi hija/o _____ con C.I. _____ participe en esta investigación aportando la información que se necesite para cumplir con el objetivo de la investigación.

Firma

Teléfonos: _____

**Anexo 3**

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN SALUD**

Ficha número _____

1. Fecha: _____
2. Datos personales:

Nombres: _____

Apellidos: _____

Estado civil:

Soltero: _____ Viudo: _____

Casado: _____ Unión libre: _____

Divorciado: _____

Edad: _____

Género: H__ M__

3. Motivo de hospitalización de su hijo/a: _____
- Diagnóstico _____

Código CIE 10 _____

4. Edad gestacional de nacimiento: _____

____ Prematuros extremos <28 semanas

____ Muy prematuros 28 a <32 semanas

____ Prematuros moderados a tardíos 32 a <37 semanas

____ Recién nacido a término.

5. Fecha de ingreso: _____
- Días de hospitalización _____

Tiempo de hospitalización	
<3 semanas	
4-8 semanas	
12 o más semanas	

6. Resultado de Escala de Ansiedad de Hamilton.:

Puntaje HARS

Anexo 4

Versión validada en español de la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

<p>Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados</p>					
Síntomas de los estados de ansiedad	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3. Temores A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4. Insomnio Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general) Tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial Comportamiento (fisiológico) Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	